

Sífilis congénita temprana: reporte de caso

Early congenital syphilis: A case report

Buelna-Alpízar Anaís^{1*}, Derat-Quintero Karla socorro¹, Velázquez-Díaz Estefanis Irene¹, Martínez-García Jesús Javier², Martínez-Félix Nora Selene², Gutiérrez-Arzapalo Perla Yareli³, López-López Kenia⁴, Cabanillas-Ayón Marisol²

1. Residente de especialidad en Neonatología, Hospital civil de Culiacán. Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Sinaloa.
2. Médico especialista en Neonatología. Hospital civil de Culiacán. Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Sinaloa.
3. Coordinación de Investigación, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Sinaloa.
4. Doctora en Ciencias en Biotecnología de Salud. Facultad de Ciencias Químico Biológicas, Universidad Autónoma de Sinaloa.

*Autor de correspondencia: Dra. Anaís Buelna Alpízar

Domicilio: Calle Eustaquio Buelna No. 91, Colonia Gabriel Leyva C.P 80030 Culiacán, Sinaloa.

Correo: anais.buelna@gmail.com

DOI <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v12.se.008>

Recibido 05 de enero 2022, aceptado 01 de junio 2022

Resumen

La sífilis congénita es causada por una bacteria en forma de espiroqueta denominada *Treponema pallidum*; se transmite de la madre infectada al feto. Esta enfermedad causa distintas alteraciones sistémicas, dependiendo en qué fase de la sífilis se infecta el producto. Se presenta un caso de paciente femenino de 24 años con 33.1 semanas de gestación.

Palabras clave: sífilis congénita, *Treponema pallidum*.

Abstract

Congenital syphilis is caused by a spirochete-shaped bacteria called *Treponema pallidum*; it is transmitted from the infected mother to the fetus. This disease causes different systemic alterations, depending on which stage of syphilis the product is infected. A case of a 24-year-old female patient with 33.1 weeks of gestation is presented.

Key words: congenital syphilis, *Treponema pallidum*.

Introducción

La sífilis congénita (SC) es una infección cutánea y sistémica provocada por la subespecie *pallidum* (*Treponema pallidum*)¹, adquirida por el neonato a través de la placenta de una madre infectada por sífilis durante el embarazo o durante el parto en una madre con lesiones genitales². De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la SC causa 200,000 muertes fetales y de recién nacidos². En México, según las cifras analizadas por la secretaría de salud en el año 2020 se registraron 331 casos de SC,

lo que representa una reducción del 11% comparado con el año 2019. No obstante, la prevalencia predomina en la región noroeste^{3,4}. Sinaloa se encuentra en quinto lugar con una incidencia de 41.9 casos por cada 100,000 habitantes⁵.

La SC se clasifica en temprana y tardía, siendo el punto de corte la edad de dos años. Las manifestaciones clínicas de la SC temprana frecuentemente son óbito, prematuza, hidrops no inmune, restricción de crecimiento intrauterino,

hepatomegalia con o sin ictericia, esplenomegalia, entre otros. A través de radiología también se ha encontrado periostitis, osteocondritis y neumonía alba. Además, se han detectado afecciones hematológicas como anemia, trombocitopenia, hipoglucemia, pleocitosis, transaminasemia e hiperbilirrubinemia directa. Otro tipo de lesiones son las mucocutáneas que van desde tipo Rash maculopapular afectando plantas y palmas de los recién nacidos¹.

Las pruebas serológicas útiles en el diagnóstico de la sífilis se pueden dividir en dos grupos: a) Detección de anticuerpos heterólogos usando antígeno de origen no treponémico,USR (Unheated Serum Reagin), VDRL (Venereal Disease Research. Laboratory), RPR (Rapid Plasma Reagin). b) Detección de anticuerpos específicos usando antígenos de origen treponémico (FTA-ABS, TPHA), a causa de la transmisión vertical durante el embarazo. *T. pallidum* se caracteriza por su capacidad de invasión e inmunoevasividad, y c) Western blot. Las manifestaciones clínicas son el resultado de respuestas inflamatorias locales a las espiroquetas en replicación y a menudo, imitan las de otras enfermedades.

Caso clínico

Ingresa paciente femenino de 24 años con 33.1 semanas de gestación a la sala de labor para vigilancia y seguimiento del trabajo de parto en el Hospital Civil de Culiacán. La paciente reporta toxicomanías, control prenatal deficiente e

infecciones urinarias recurrentes durante el embarazo sin manejo, presenta reporte de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y VDRL negativo de un laboratorio externo. Se realiza ultrasonido con reporte de malformaciones craneofaciales de línea media y alteración de flujo placentario, tras la pérdida de bienestar fetal se interrumpe el embarazo por vía abdominal.

El diagnóstico de sífilis en la madre se realizó en forma postnatal con titulación de VDRL sérico de 1:48; se confirma diagnóstico con muestra enviada al laboratorio estatal por Western blot, recibiendo esquema de tratamiento completo.

El diagnóstico de SC se reportó en la primera semana de vida del recién nacido. El VDRL sérico fue positivo con titulaciones de 1:64 y confirmado por Western blot por el laboratorio estatal de Sinaloa. No se realizó serología para VIH. Respecto a las manifestaciones clínicas, el recién nacido presentó hepatosplenomegalia (Figura 1). con bajo peso al nacer, manifestaciones cutáneas como pénfigo sifilítico, desquamación palmoplantar (Figura 2). y fiebre de alto grado. Además, presentó alteraciones óseas como fusión de quinto y sexto arco costal (Figura 3). Los análisis clínicos de laboratorio confirmaron leucocitosis, anemia trombocitopenia severa y proteína C reactiva alterada. Evoluciona a falla orgánica múltiple (respiratoria, cardíaca, renal, hematológica y hepática). Fallece posterior a un evento de paro cardiorrespiratorio a los 16 días de vida.

Figura 1. Hepatoesplenomegalia por sífilis congénita.



Figura 2. Descamación palmoplantar por sífilis congénita. Lesión descamativa plantar con base eritematosa (A), lesión descamativa palmar, con resto de lesiones bullosas y base eritematosa leve (B).



Figura 3. Radiografía de tórax revela alteraciones óseas de fusión de quinto y sexto arco costal.



Discusión

La SC se considera aún un problema de salud pública pese a las medidas de prevención ya establecidas por la OMS, sin lograr la erradicación de dicha enfermedad y, por lo tanto, la transmisión perinatal.

En toda mujer con vida sexual activa y/o embarazada debería realizarse prueba de VDRL o RPR, como pesquisa inicial de sífilis, obteniendo un diagnóstico confirmatorio al resultar positivas las pruebas treponémicas FTA- ABS o al identificar el *T. pallidum* en biopsia de tejido o líquido corporal sospechoso⁶.

Se debe considerar la repetición de la prueba de VDRL en los casos con factores de riesgo durante diferentes momentos en la gestación, incluyendo al nacimiento. En cuanto al diagnóstico, es importante considerar una prueba treponémica y después realizar la titulación con prue-

bas no treponémicas, considerando una segunda prueba treponémica⁷. En cuanto a la prevalencia, entre un 40-50% de los productos que presentan SC culminan en pérdida gestacional⁸.

La fisiopatología de la enfermedad trata de una afectación sistémica secundaria a infiltración de espiroquetas que alteran el flujo sanguíneo placentario, razón por la cual existen pérdidas gestacionales a edades tempranas asociadas con la enfermedad⁸. Es importante mencionar que la relación de la transmisión vertical de SC con la etapa de la sífilis materna corresponde a la tasa más alta de transmisión observada en sífilis temprana y en específico, la sífilis secundaria⁹.

Dentro de los factores de riesgo presentes en la infección de SC son los siguientes: control prenatal deficiente, múltiples parejas sexuales o pareja sexual inestable, uso de drogas intravenosas, sexoservidoras, contar con antecedente de sífilis en embarazo previo y de otras enfermedades de transmisión sexual⁸.

El diagnóstico de SC se establece ante la presencia de espiroquetas en tejidos o líquidos corporales, mediante resultado de pruebas serológicas por microscopía, prueba de reacción de la polimerasa y anticuerpos fluorescentes o tinción con plata de lesiones mucocutáneas, secreción nasal, líquido vesicular, líquido amniótico, placenta, cordón umbilical o un tejido obtenido mediante autopsia identificando *T. pallidum*. El hallazgo de una prueba no treponémica positiva

cuantitativa en el suero de un lactante confirma la infección congénita, cuando ésta es cuatro veces mayor que el título de la madre, sin embargo, su ausencia no excluye el diagnóstico⁹. De momento, no existe prueba disponible específica que asegure la presencia de SC en un recién nacido, sin embargo, existen elementos que orientan al diagnóstico. Se estima que un 60% de los neonatos afectados cursan con un periodo asintomático al nacimiento, por lo que el diagnóstico se basa en el antecedente materno de infección, exámenes de laboratorio, datos inespecíficos relacionados con sepsis neonatal temprana, lesiones mucocutáneas sospechosa de SC, por tal motivo siempre debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales de recién nacidos con sospecha de sepsis neonatal temprana. Es sumamente importante no realizar el diagnóstico hasta tener manifestaciones clínicas tardías de la enfermedad. El método preventivo más efectivo para disminuir los casos de SC es que la tasa de sífilis primaria, secundaria y latente en mujeres en edad reproductiva disminuya⁸.

Referencias

1. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen XS, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. Nat reviews Dis Prim. 2017;3:17073.
2. Organization WH, Research DoRHa. The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action 2021 [Available

- ble from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/en/>.
3. Pineda-Leguizamo R, Villasís-Keever MÁ. Sífilis congénita: un problema vigente. *Rev Mex Ped.* 2017;84(2):45-7.
 4. Arellano-Estrada JL, López-Lara CS, Barreiras-Valenzuela E. Prevalencia de sífilis congénita en tres hospitales públicos de Baja California, México, 2012-2015. *Salud Pub Mex.* 2017;59:503-4.
 5. González JF. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de los Defectos del Tubo Neural, Gobierno Federal de México, Secretaría de Salud [Internet]. Epidemiológica de Sífilis Congénita 2021 [Available from: https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/31_Manual_SIFILIS.pdf].
 6. Herrera-Ortiz A, López-Gatell H, García-Cisneros S, Cortés-Ortiz MA, Olamendi-Portugal M, Hegewisch-Taylor J, et al. Congenital syphilis in Mexico. Analysis of national and international standards from the perspective of laboratory diagnosis. *Gac Med Méx.* 2019;155:430-8.
 7. Herrera-Ortiz A, López-Gatell H, García-Cisneros S, Cortés-Ortiz MA, Olamendi-Portugal M, Hegewisch-Taylor J, et al. Sífilis congénita en México. Análisis de las normas nacionales e internacionales desde la perspectiva del diagnóstico de laboratorio. *Gac Med Mex.* 2019;155(5):464-72.
 8. Osorio-Guzmán M, Santos Vázquez G, Torres-Muñoz D, González-Córdova G, Moreno Pizarro E, Heredia-Cimental D. Sífilis congénita temprana, serie de casos y descripción anatomopatológica Early congenital syphilis, case series and anatomopathological description. *Rev Latinoam Infectol Pediatr.* 2020;33:149-55.
 9. Cooper JM, Sánchez PJ. Congenital syphilis. *Semin Perinatol.* 2018;42(3):176-84.